

# FICHA CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA PARA DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR HANTAVIRUS

Laboratorio Nacional de Referencia de Hantavirus  
 Servicio Biología Molecular, Dto. Virología – I.N.E.I. – A.N.L.I.S. “Dr. Carlos G. Malbrán”  
 Av. Velez Sarsfield 563, C.A.B.A. – Tel/Fax: (011) 4301-3146



**Definición de Caso Sospechoso de Síndrome Pulmonar por Hantavirus (SPH):** persona previamente sana, con antecedentes de síndrome pseudogripal (fiebre persistente por más de 48 horas, mialgias, cefalea y/o malestar gastrointestinal); o en fase avanzada, con distress respiratorio e infiltrado pulmonar bilateral; o pacientes fallecidos por enfermedad pulmonar de progresión brusca y de etiología desconocida; y con antecedentes de viaje a regiones endémicas o contacto con algún caso confirmado de SPH reciente dentro de los 35 días previos al comienzo de los síntomas.

## DATOS DEL PACIENTE

Apellido y Nombres: _____	D. N. I.: _____
Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____	Sexo: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____	Teléfono de un contacto cercano: _____
Localidad: _____	Provincia: _____

## DATOS DEL ESTABLECIMIENTO NOTIFICANTE

Hospital / Clínica / Sanatorio: _____
Sala o sector: _____ Tel: _____ Fax: _____
Dirección: _____ Localidad: _____ Provincia: _____
Apellido y nombre del médico: _____ Tel / Dirección de e-mail: _____

**Inicio de síntomas:** \_\_/\_\_/\_\_. **Hospitalización:** \_\_/\_\_/\_\_ **Muestra enviada para diagnóstico** \_\_/\_\_/\_\_.  
 (las fechas son indispensables para la correcta interpretación diagnóstica – no omitir)

## DATOS CLÍNICOS

Marcar con una "X" lo que corresponda		Describir	Fecha
Síndrome pseudo gripal (cefalea, mialgias, artralgias, fiebre)			
Síntomas hemorrágicos			
Shock séptico			
Compromiso	Respiratorio		
	Renal		
	Neurológico		
	Hepático		
	Hemodinámico		
	Digestivo		
	Otro		

**Rx de Tórax:** Normal  Patológica

Descripción de Rx de tórax patológica (marque con una "X" las opciones que correspondan)			
Infiltrado			
Alveolar		Unilateral	N° de Cuadrantes comprometidos
Intersticial		Bilateral	Presencia de derrame pleural
Patrón Mixto			

**Tratamiento** (marque con una "X" la opción que corresponda)

Máscara O <sub>2</sub>		Asistencia respiratoria no invasiva	
ARM		Indique qué tipo de asistencia.	

Indicar si se administra otro tratamiento: \_\_\_\_\_

**Datos de laboratorio al momento de ingreso, fecha:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Hematocrito		LDH		TGO		Bilirrubina	
Glóbulos Blancos		T. de protrombina		TGP		Uremia	
Plaquetas		CPK		Fosfatasa		Creatinemia	
Colesterol Total		Colesterol HDL		Triglicéridos			

**Datos de laboratorio posterior al ingreso, fecha:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Hematocrito		LDH		TGO		Bilirrubina	
Glóbulos Blancos		T. de protrombina		TGP		Uremia	
Plaquetas		CPK		Fosfatasa		Creatinemia	
Colesterol Total		Colesterol HDL		Triglicéridos			

Antecedentes patológicos: \_\_\_\_\_

En caso de **óbito** indicar fecha de defunción: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ . En caso de **alta médica** indicar fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ .

### DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Ocupación: \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo (indicar localidad y provincia): \_\_\_\_\_

¿Realizó algún viaje durante los últimos 35 días? ¿Dónde? \_\_\_\_\_

Indique con una "X" si realizó alguna de las siguientes actividades durante los últimos 45 días:

	Indicar lugar y fecha de posible exposición	
Trabajo rural		
Caza		
Pesca		
Camping		
Picnic		
Ingreso a galpón o cabaña cerrada		
Otra actividad de riesgo		

¿Observó roedores, o rastros de ellos, que indiquen presencia de roedores en su domicilio, lugar de trabajo o

en algún otro lugar que usted frecuente? SI  NO

¿Fuma? SI  No  ¿Toma alguna medicación? SI  NO Cuál? \_\_\_\_\_

¿Tuvo contacto con algún caso similar en el último mes? SI  NO

¿Tuvo contacto con paciente de Síndrome Pulmonar por Hantavirus (SPH) con diagnóstico confirmado SI D

En caso afirmativo indique relación.

Firma y aclaración del encuestador, indicar un teléfono de contacto